

تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر ابعاد سلامت عاطفی و ارتباط اجتماعی کیفیت زندگی زنان نابارور

معصومه فدائی^۱، فاطمه رحیمی کیان^{۲*}، مریم دامغانیان^۱، انسیه شاهرخ نژاد تهرانی^۳، عباس مهران^۱

^۱دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، ^۲مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، ^۳مرکز تحقیقات بهداشت باروری بیمارستان ولیعصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۵ تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۹

چکیده:

زمینه و هدف: ناباروری و درمان آن به عنوان یک بحران در زندگی زنان بر جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی موثر است. مهم‌ترین ابعاد کیفیت زندگی مسایل عاطفی و ارتباط اجتماعی می‌باشد. هدف این مطالعه تعیین تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر سلامت عاطفی و ارتباط اجتماعی زنان نابارور است.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی ۸۰ زن نابارور مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۴، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و وارد مطالعه شدند. اطلاعات به کمک پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی باروری (FertiQol) جمع آوری شد. برای اجرای مدل مراقبت پیگیر در گروه آزمون، ۲ تا ۳ جلسه آموزشی بسته به نیاز مددجویان برگزار شد. کیفیت زندگی زنان طی ۲ مرحله، قبل از انجام مداخله و ۲ ماه بعد در مرحله ارزشیابی مورد ارزیابی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS و با آزمون‌های آماری کای دو، آزمون دقیق فیشر، تی مستقل و تی زوج انجام شد.

یافته‌ها: بعد از مداخله میانگین امتیاز کیفیت زندگی به ترتیب در گروه آزمون و کنترل در حیطه عاطفی 16.75 ± 3.07 و 8.85 ± 3.97 و ارتباط اجتماعی 17.98 ± 2.92 و 11.45 ± 3.72 به دست آمد. تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه آزمون و کنترل از نظر سلامت عاطفی و ارتباط اجتماعی مشاهده شد ($P=0.002$). در گروه کنترل کاهش معنی داری در نمرات حیطه عاطفی و ارتباط اجتماعی بعد از مداخله مشاهده شد ($P<0.001$).

نتیجه گیری: اجرای مدل مراقبت پیگیر، باعث بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور در حیطه‌های عاطفی و اجتماعی گردید و پیشنهاد می‌شود، از این مدل به عنوان یک مدل مراقبتی آسان، کم هزینه و در دسترس استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: مدل مراقبت پیگیر، ابعاد کیفیت زندگی، سلامت عاطفی، ارتباط اجتماعی، ناباروری.

مقدمه:

ایران نیز یک چهارم زوج‌های ایرانی، ناباروری را در طول زندگی مشترک‌شان تجربه می‌کنند (۳).

ناباروری به عنوان یک بحران، می‌تواند با استرس‌های گوناگون روانی، اجتماعی، جسمی و مالی همراه باشد (۴). نازایی سبب ایجاد ناامیدی در زن شده و بر ارتباط وی با همسر، خانواده و دوستانش تأثیرگذار خواهد بود. زنان نابارور بیشتر در معرض افسردگی، اضطراب، استرس و وقایع استرس‌زا هستند (۵). ناباروری

ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به عنوان یک تجربه استرس‌زا، بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (۱).

علل ناباروری در ۳۰-۲۰٪ موارد مربوط به عوامل مردانه، ۴۰-۵۵٪ عوامل زنانه و ۱۰-۴۰٪ مربوط به عوامل مشترک است (۲). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲ از هر ۴ زوج، ۱ زوج نابارور هستند. در

*نویسنده مسئول: تهران- دانشگاه علوم پزشکی تهران- مرکز تحقیقات و مراقبت‌های پرستاری و مامایی- تلفن: ۰۹۱۹۶۰۹۶۷۱۰

E-mail: rahimikian@tums.ac.ir

به عنوان یک ضربه عاطفی حتی می تواند مهارت های ارتباطی، شغلی و جنسی افراد را تحت تأثیر قرار دهد و از آنجایی که بیشتر آزمایشات و درمان ها بر روی زنان انجام می شود، فشار مضاعفی بر آنان وارد شده و در بیشتر موارد، زنان بیشتر از مردان دچار علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی می شوند (۶). درمان های مختلف ناباروری به طور روزافزون در حال افزایش است و این درمان ها برای زنان نابارور استرس زا می باشد. تحقیقات نشان می دهد، این اختلال با طیف گسترده آسیب ها شامل: کاهش کیفیت زندگی، عزت نفس، رضایت جنسی، مشکلات عاطفی و اجتماعی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است. هزینه های گزاف درمان ناباروری، نگرانی درمورد نتیجه بخش بودن درمان، خستگی ناشی از رفت و آمد به مراکز درمانی، پرس و جوی مداوم اطرافیان یا به عبارتی فشار جامعه، ترس از هم گسیختگی خانواده، ازدست دادن علاقه همسر و تنش های بالقوه ناشی از درمان ها، منجر به ایجاد تنیدگی، احساس درماندگی، افت شدید عزت نفس و کاهش اعتماد به نفس، کناره گیری و انزوا، اختلال هویت، احساس عدم زیبایی و بی معنایی زندگی می شود (۷). استرس حاصل از ناباروری به نوبه خود بر ابعاد عاطفی و اجتماعی کیفیت زندگی افراد و رضایت زنان از خود و زندگی مشترک شان تأثیر منفی دارد (۸). ماهیت ناباروری، نیاز به درمان طولانی و مراقبت های سختگیرانه، بر حیطه های مختلف کیفیت زندگی افراد از جمله حیطه های عاطفی و اجتماعی تأثیر می گذارد. از سوی دیگر، حفظ کیفیت زندگی مناسب در کنار درمان از اهمیت زیادی برخوردار است. شواهد نشان می دهد که بروز مشکلات روحی و اجتماعی بر توانایی افراد در انجام و تداوم مراقبت های پزشکی توصیه شده، تأثیر منفی دارند؛ بنابراین ممکن است برخلاف پیگیری های پزشکی و ادامه درمان های لازم، کاهش کیفیت زندگی نتایج درمانی مناسب را به بار نیاورد (۹). ناباروری با داشتن درمان های پیچیده و استرس های گوناگون، ویژگی های بیماری جسمی مزمن را پیدا کرده است (۱۰).

بیماری های مزمن به ادامه مراقبت پزشکی شامل: پیگیری منظم و کسب اطلاعات و برقراری ارتباط مناسب با مراقبین بهداشتی نیاز دارند و باید مهارت های سازگاری به افراد آموزش داده شود (۱۱). متأسفانه آموزش مددجو در مقایسه با دیگر اعمال کلینیکی، از اهمیت کمتری برخوردار است و مداخلات آموزشی انجام شده برای افراد، در بیشتر موارد، بدون برنامه ریزی و اتفاقی می باشد (۱۲). آموزش کامل و متناسب با نیازهای یادگیری مددجویان، هزینه های مراقبت را کاهش داده و کیفیت مراقبت را افزایش می دهد (۱۳). هدف مراقبت درمانی، مطلوب نمودن کیفیت زندگی است که در ارتباط با زنان نابارور حیطه های عاطفی و ارتباط اجتماعی از مهم ترین جنبه های کیفیت زندگی می باشند (۱۴). یکی از راه های اصلاح کیفیت زندگی، استفاده از تئوری ها و مدل های آموزشی است. در ایران مدلی با عنوان مدل مراقبت پیگیر توسط احمدی، در رابطه با بیماران مزمن کرونری طراحی و ارزیابی شده است که شامل: ۴ مرحله آشناسازی، حساس سازی، کنترل و ارزشیابی است. در این مدل، مددجو به عنوان عامل مراقبت پیگیر و تأثیرگذار در روند سلامتی خود معرفی می شود. مراقبت مستمر و پیگیر فرآیندی منظم برای برقراری ارتباط موثر و تعامل بین مددجو و مراقبین بهداشتی به منظور شناخت نیازها، مشکلات، آموزش به مددجو و حساس سازی وی نسبت به قبول رفتارهای مداوم بهداشتی و کمک به حفظ، بهبود و ارتقاء سلامتی خود است (۱۵).

باتوجه به شیوع بالای ناباروری و تأثیرات آن بر سلامت عاطفی و ارتباط اجتماعی زنان نابارور و از طرفی با عنایت به اینکه مشکلات بالقوه و بالفعل این زنان پویا و متغیر است، لزوم به کارگیری مداخله ای متناسب با شرایط آنان کاملاً محسوس و ضروری به نظر می رسد. ارتقاء سطح سلامت زنان جزء اهداف اصلی بهداشت باروری است و ماما به عنوان یکی از اعضای مهم تیم آموزش بهداشت باروری شناخته شده است که توانایی برقراری ارتباط تنگاتنگ و صمیمانه با زنان نابارور را دارد. به

همین جهت، انتخاب مدلی قابل اجرا و کاربردی که بتواند در زمینه آموزش و ارتباط مناسب با زنان نابارور تأثیرگذار باشد، می‌تواند فعالیت ماما را در این زمینه هموارتر سازد؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر به کارگیری مدل مراقبت پیگیر بر سلامت عاطفی و ارتباط اجتماعی زنان نابارور به اجرا درآمده است.

روش بررسی:

مطالعه حاضر نیمه تجربی است که بر روی ۸۰ زن نابارور مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران، در سال ۱۳۹۴ انجام شده است. نمونه‌گیری به شیوه در دسترس بود. زنان مراجعه کننده به درمانگاه ناباروری بیمارستان ولیعصر در گروه آزمون و زنان مراجعه کننده به بیمارستان آرش در گروه کنترل قرار گرفتند که مراکز فوق از جمله مراکز ارجاع زنان نابارور بوده و دسترسی به نمونه‌ها را میسر می‌نمود. برای هر گروه باتوجه به فرمول حجم نمونه ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن ۲۰-۴۵ سال، تشخیص قطعی ناباروری بر اساس تشخیص پزشک و مندرجات پرونده، علت زنانه ناباروری، مدت ناباروری حداکثر ۵ سال، عدم شرکت در برنامه‌های آموزشی موثر بر کیفیت زندگی در ۶ ماه اخیر، عدم سابقه بیماری‌های روانی شناخته شده و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و معیارهای خروج شامل: باردار شدن در حین انجام پژوهش، وقوع حادثه ناگوار و تنش‌زا، عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم شرکت در تمامی جلسات آموزشی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه بود. پرسشنامه مشخصات فردی (سن، سن همسر، تحصیلات، تحصیلات همسر، محل سکونت، شغل، شغل همسر، وضعیت اقتصادی، تعداد ازدواج، مدت زمان ناباروری، سابقه ناباروری در خانواده و فامیل نزدیک و سابقه شکست در درمان قبلی ناباروری) و پرسشنامه کیفیت زندگی باروری (FertiQol) بود. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه بوده و ۲ حیطه کلی کیفیت

زندگی زنان نابارور را ارزیابی می‌کند. حیطه اول (کیفیت زندگی مخصوص باروری) شامل ۴ زیر مجموعه می‌باشد: حیطه عاطفی، ذهنی/ جسمی، ارتباط بین فردی و ارتباط اجتماعی که هر حیطه شامل ۶ سوال می‌باشد. حیطه دوم کیفیت زندگی مرتبط با درمان ناباروری که ۱۰ سوال دارد. دو سوال اول پرسشنامه که کیفیت زندگی کلی و سلامت طبی را می‌سنجند. در جمع امتیازات لحاظ نشده و فقط به عنوان اطلاعات زمینه‌ای از پاسخ این سوالات استفاده می‌شد. سوالات به صورت ۵ جوابی بوده و برای پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه، گزینه‌ها به ۵ دسته تقسیم می‌شوند که شامل: ارزیابی (بسیار بد، بد، بینابین، خوب و بسیار خوب)، رضایت (بسیار ناراضی، ناراضی، نه راضی و نه ناراضی، راضی و بسیار راضی)، فراوانی (همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به ندرت و هرگز)، شدت (فوق العاده زیاد، بسیار زیاد، متوسط، کم و اصلاً) و ظرفیت (کاملاً، مقدار زیاد، به طور معتدل، نه زیاد و اصلاً) می‌باشند. آزمودنی در هنگام پاسخ‌گویی باید گزینه‌ای را که به بهترین وجه احساسات او را بیان می‌کند، انتخاب نماید. به هر عبارت بر اساس مقیاس لیکرت نمره‌ای از ۴-۰ اختصاص می‌یابد که نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. این پرسشنامه در سال ۲۰۱۱ توسط Jacky Boivin و همکاران جهت سنجش کیفیت زندگی زنان نابارور طراحی گردیده است و در مطالعه‌ای با ۱۴۱۴ نمونه از کشورهای آمریکا، کانادا، نیوزلند و استرالیا روایی و پایایی آن بررسی شد و ضریب آلفا کرونباخ کل ۰/۹۲ به دست آمد (۱۶). در ایران نیز ابزار کیفیت زندگی باروری در چندین مطالعه مورد استفاده قرار گرفته و به عنوان سنجش معتبر و پایا و واجد روایی همگرا با ابزارهای مشابه در نظر گرفته شده است (۱۷، ۱۸). کرامت و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زوج‌های نابارور" که بر روی ۳۸۵ زوج نابارور انجام گردیده است، برای کیفیت زندگی مخصوص باروری، ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۹

و کیفیت زندگی مرتبط با درمان ناباروری ۰/۷۱ و آلفا کرونباخ کل برای پرسشنامه مذکور را ۰/۸۰ به دست آوردند (۱۷). در مطالعه حاضر با توجه به اهمیت بعد عاطفی و ارتباط اجتماعی کیفیت زندگی در زنان نابارور فقط این دو حیطه در نظر گرفته شده‌اند که ضریب آلفا کرونباخ کسب شده برای حیطه عاطفی ۰/۸۵ و برای حیطه ارتباط اجتماعی ۰/۸۰ به دست آمد (۱۹). سوالات مربوط به حیطه عاطفی مسایلی همچون احساس کم‌توانی یا فرسودگی به دلیل مشکلات باروری، احساس حسادت و رنجش، احساس کمبود و اندوه ناشی از نداشتن فرزند، نوسان بین امیدواری و یاس، احساس حقارت و غم و افسردگی ناشی از عدم باروری و سوالات مربوط به حیطه ارتباط اجتماعی، مسایلی همچون گوشه‌گیری، عدم حضور در موقعیت‌های اجتماعی مانند تعطیلات و جشن‌ها و فشار اطرافیان برای داشتن فرزند را دربرمی‌گیرند (۱۷). پژوهشگر پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد IR.TUMS.REC.1393.9111373030-135030 و اخذ معرفی‌نامه ریاست دانشکده پرستاری و مامایی نمونه‌گیری را شروع کرد. پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از زنان نابارور، پرسشنامه‌های دموگرافیک و کیفیت زندگی باروری در اختیار شرکت‌کنندگان واجد شرایط قرار گرفت. گروه کنترل مراقبت‌های روتین مرکز درمانی را دریافت کردند.

مدل مراقبت پیگیر یک مدل مراقبتی بومی ایرانی است و شامل ۴ مرحله آشناسازی (Orientation)، حساس‌سازی (Sensitization)، کنترل (Control) و ارزشیابی (Evaluation) است که با پیوستگی و انسجام خاص خود به ترتیب برای گروه آزمون اجرا شد (۱۵).

۱. مرحله آشناسازی: هدف از این مرحله شناخت نحوه تعامل زنان نابارور، مراقب درمانی (ماما) و تبیین مراحل مدل است. اقدامات این مرحله شامل: معرفی مراقب درمانی (ماما) به زنان نابارور، شناخت و تبیین وضعیت آنان، شفاف‌سازی انتظارات کادر درمانی

در مراحل مطالعه، مشخص نمودن انتظارات و توقعات زنان نابارور، تعیین نمودن و توافق در اوقات ملاقات حضوری/تلفنی، ذکر اهداف و چگونگی امکان ارتباط و انجام مداخله اولیه می‌باشد که در جلسه ۳۰-۱۵ دقیقه‌ای مشارکت کنندگان و پژوهشگر انتظارات و توقعات خود را از این دوره بیان کردند و بر عدم قطع رابطه تأکید نمودند.

۲. حساس‌سازی: روند حساس‌سازی به‌منظور درگیرکردن زنان نابارور درخصوص آموزش مداوم است و شکی نیست که بدون گذر از این مرحله سرنوشت‌ساز امکان رسیدن به هدف این نظریه میسر نمی‌باشد و چنانچه افراد به شناخت و حساسیت مسأله واقف شوند می‌توان امیدوار بود که از الگوی بروز رفتارهای بهداشتی مناسب استفاده نمایند. هدف از این مرحله، شناخت ماهیت بیماری، محدودیت‌های ناشی از بیماری و درگیرسازی آن‌ها با مشکل با توجه به نیازها می‌باشد. اقدامات این مرحله شامل: بررسی وضعیت و تبیین نیازهای آموزشی و مهارتی بیمار، توضیح درمورد بیماری و عوارض حاصله (موجود و احتمالی)، بررسی نیازهای اساسی درخصوص رژیم دارویی و توجیه ضرورت توجه به مصرف منظم داروها، تبیین مشکلات ناشی از عدم توجه، کنترل عملکرد و تبیین الگوهای ارتباطی می‌باشد.

مرحله حساس‌سازی در مراجعه دوم که افراد به‌منظور پیگیری جواب آزمایشات یا سونوگرافی و یا پیگیری نتیجه درمان دارویی مراجعه کردند، اجرا شد. در این خصوص آموزش به شکل گروهی، در قالب گروه‌های کوچک ۴-۵ نفره به‌صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ و در طی ۲-۳ جلسه ۱-۲ ساعته بسته به تحمل و همکاری مددجو انجام شد که موارد و محورهای آموزشی دربرگیرنده مسایل زیر بود:

توضیح و توجیه ویژگی‌های نازایی در حد درک زنان نابارور، شناخت نیازهای مددجو و نحوه برطرف کردن آن‌ها، ضرورت کنترل رژیم دارویی و اهمیت استفاده از داروهای تجویز شده و زمان

از آنجا که واحدهای پژوهش از نحوه انجام مداخله مطلع بودند، کورسازی در واحدهای پژوهش امکان‌پذیر نبود. درمجموع نمونه‌گیری و جمع‌آوری اطلاعات ۵ ماه به طول انجامید.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کای دو، آزمون دقیق فشر، تی مستقل و تی زوج استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

میانگین سن زنان نابارور در گروه کنترل $28/15 \pm 4/004$ و گروه آزمون $28/75 \pm 4/996$ سال بود. اکثر زنان نابارور در گروه کنترل (۷۲/۵٪) و آزمون (۷۰٪)، تحصیلات دیپلم داشتند. اکثر زنان در گروه کنترل (۹۷/۵٪) و آزمون (۹۵٪)، ساکن شهر بودند. اکثر زنان در گروه کنترل (۸۷/۵٪) و آزمون (۸۵٪)، خانه‌دار بودند. وضعیت اقتصادی بیشتر زنان در گروه کنترل (۶۰٪) و آزمون (۵۵٪)، ضعیف بود. اکثر زنان نابارور در گروه کنترل (۷۰٪) و آزمون (۷۵٪)، سابقه ناباروری در خانواده و فامیل نزدیک نداشتند و بیشتر زنان در گروه کنترل (۷۰٪) و آزمون (۶۵٪)، سابقه شکست در درمان قبلی ناباروری نداشتند. همسر اکثر زنان نابارور در گروه کنترل (۷۲/۵٪) و آزمون (۶۵٪)، تحصیلات دیپلم داشتند. همسر اکثر زنان در گروه کنترل (۵۵٪) و آزمون (۵۲/۵٪)، کارگر بودند و میانگین سن آنان به ترتیب در گروه کنترل و آزمون $33/50 \pm 4/517$ و $33/58 \pm 6/185$ بود. بین گروه آزمون و کنترل از نظر آماری در متغیرهای دموگرافیک تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و دو گروه از نظر کلیه متغیرهای دموگرافیک همگن بودند. اطلاعات مربوط به مشخصات دموگرافیک در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

مصرف آن‌ها، بررسی فعالیت‌ها، عملکرد و نقش مددجو و ارتقاء آن‌ها، اهمیت ویزیت منظم پزشک و چگونگی مراعات دستورات داده شده، عوارض ناشی از فرآیند بیماری و درمان نازایی و نحوه تعدیل و پیشگیری از آن‌ها، رعایت اصول مقابله با استرس طبق آموزش‌های ارائه شده و مطالب کتابچه آموزشی، پرداختن به پرسش و پاسخ‌های مورد نظر با تأکید بر مشکلات موجود و اهمیت تداوم رفتارهای مراقبتی در جهت حفظ سلامتی.

در انتهای جلسه نیز کتابچه مطالب ارائه شده که توسط پژوهشگر تهیه گردیده به مددجویان داده شد و به آنان تأکید گردید که مطالب ارائه شده را در اختیار همسر خود نیز قرار دهند.

۳. کنترل: به منظور بررسی و توجه به مشکلات جدید مراقبتی و حفظ ارتباط متقابل از طریق تماس تلفنی هفتگی یا مراجعه حضوری، پاسخ‌گویی به مددجویان ادامه یافت، این مرحله ۲ ماه به طول انجامید. از زنان نابارور درمورد زمان مناسب تماس تلفنی (صبح و یا بعد از ظهر) سوال شد. محتوای مکالمات تلفنی با تأکید بر آموزش‌های لازم براساس کتابچه ارائه شده و باتوجه به نیازهای آموزشی هر فرد تنظیم شد. مدت مکالمات توسط پژوهشگر به طور میانگین ۱۵ دقیقه بود که براساس نیاز مددجو تغییر می‌یافت و در نهایت با ارائه راه‌حل پیشنهادی به وی در جهت حل مشکل، پاسخ به سوالات مددجو و یا با ارجاع به منابع مقتضی پایان می‌یافت؛ همچنین در صورت تمایل شرکت‌کنندگان با مراجعه حضوری به مشکلات آنان رسیدگی و بر تداوم رابطه تأکید شد.

۴. ارزشیابی: در این مرحله مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی باروری توسط کلیه شرکت‌کنندگان (گروه آزمون و کنترل)، تکمیل و نتایج دو گروه با یکدیگر مقایسه شد.

جدول شماره ۱: متغیرهای دموگرافیک زنان نابارور

متغیر	گروه کنترل	گروه آزمون	نتایج آزمون (P)
سن (سال)	۲۸/۱۵±۴/۰۰۴	۲۸/۷۵±۴/۹۹۶	۰/۱۰۴
سن همسر (سال)	۳۳/۵۲±۴/۵۱۷	۳۳/۵۸±۶/۱۸۵	۰/۰۶۰
روستا	۱(۲/۵)	۲(۵)	۰/۳۴۲
محل سکونت	۳۹(۹۷/۵)	۳۸(۹۵)	
زیردیلم	۵(۱۲/۵)	۶(۱۵)	
تحصیلات	۲۹(۷۲/۵)	۲۸(۷۰)	۰/۱۰۹
دانشگاهی	۶(۱۵)	۶(۱۵)	
زیردیلم	۷(۱۷/۵)	۹(۲۲/۵)	
تحصیلات همسر	۲۹(۷۲/۵)	۲۶(۶۵)	۰/۵۸۶
دانشگاهی	۴(۱۰)	۵(۱۲/۵)	
شغل	۳۵(۸۷/۵)	۳۴(۸۵)	۰/۱۰۵
شاغل	۵(۱۲/۵)	۶(۱۵)	
بیکار	۱(۲/۵)	۱(۲/۵)	
شغل همسر	۲۲(۵۵)	۲۱(۵۲/۵)	۰/۴۵۷
کارمند	۱۲(۳۰)	۱۴(۳۵)	
آزاد	۵(۱۲/۵)	۴(۱۰)	
نامطلوب	۲۴(۶۰)	۲۲(۵۵)	
وضعیت اقتصادی	۸(۲۰)	۱۱(۲۷/۵)	۰/۸۲۲
تا حدی مطلوب	۸(۲۰)	۷(۱۷/۵)	
مدت ناباروری	۱/۴۵±۱/۵۰۱	۳/۳۵±۱/۴۷۷	۰/۹۷۴
دارد	۱۲(۳۰)	۱۰(۲۵)	۰/۲۵۱
سابقه ناباروری	۲۸(۷۰)	۳۰(۷۵)	
سابقه شکست در درمان قبلی	۱۲(۳۰)	۱۴(۳۵)	۰/۲۲۸
ندارد	۲۸(۷۰)	۲۶(۶۵)	

داده‌های مربوط به سن، سن همسر و مدت ناباروری به صورت میانگین \pm انحراف معیار و سایر داده‌ها به صورت فراوانی (درصد) بیان شده است.

وجود نداشته و دو گروه همگن بودند؛ همچنین میانگین نمرات گروه آزمون ($۱۶/۷۵ \pm ۳/۵۷۲$) در حیطه عاطفی پس از اجرای مدل مراقبت پیگیر از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه کنترل ($۸/۸۵ \pm ۳/۹۷۱$) داشت ($P=۰/۰۰۲$).

میانگین نمره حیطه عاطفی در گروه کنترل بعد از مداخله ($۸/۸۵ \pm ۳/۹۷۱$) نسبت به قبل از مداخله

میانگین نمرات کسب شده در حیطه عاطفی، قبل از مداخله در گروه کنترل و آزمون به ترتیب $۱۰/۲۸ \pm ۴/۵۵۲$ و $۱۱ \pm ۴/۵۶۹$ و در حیطه ارتباط اجتماعی، $۱۱/۹۰ \pm ۳/۶۹۲$ و $۱۳/۶۵ \pm ۳/۰۶۸$ به دست آمد که در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. بین گروه آزمون و کنترل در میانگین نمرات حیطه‌های عاطفی و ارتباط اجتماعی قبل از مداخله، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری

(۱۰/۲۸±۴/۵۵۲) کاهش معنی‌داری داشت ($P<0/001$). میانگین نمره حیطه عاطفی در گروه آزمون بعد از مداخله (۱۶/۷۵±۳/۵۷۲) نسبت به قبل از مداخله (۱۱±۴/۵۶۹) افزایش معنی‌داری داشت ($P<0/001$). میانگین نمره گروه آزمون (۱۷/۹۸±۲/۹۲۲) در حیطه ارتباط اجتماعی پس از اجرای مدل مراقبت پیگیر از نظر آماری تفاوت معنی‌داری نسبت به گروه کنترل (۱۱/۴۵±۳/۶۷۲) داشت ($P=0/002$). میانگین نمره حیطه ارتباط اجتماعی در گروه کنترل بعد از مداخله (۱۱/۹۰±۳/۶۹۲) نسبت به قبل از مداخله (۱۱/۴۵±۳/۶۷۲) کاهش معنی‌داری داشت ($P<0/001$) و میانگین نمره حیطه ارتباط اجتماعی در گروه آزمون بعد از مداخله (۱۳/۶۵±۳/۰۶۸) نسبت به قبل از مداخله (۱۷/۹۸±۲/۹۲۲) از نظر آماری افزایش معنی‌داری داشت ($P<0/001$). میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده در حیطه‌های عاطفی و ارتباط اجتماعی در گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله در جدول شماره ۲ و مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات حیطه‌های عاطفی و ارتباط اجتماعی در گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار حیطه‌های عاطفی و ارتباط اجتماعی در گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله

حیطه کیفیت زندگی	گروه کنترل		نتایج آزمون (Independent T-test)
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	
حیطه عاطفی	۱۰/۲۸±۴/۵۵۲	۱۱±۴/۵۶۹	$T=-0/711, df=78, P=0/824$
حیطه ارتباط اجتماعی	۱۱/۹۰±۳/۶۹۲	۱۳/۶۵±۳/۰۶۸	$T=-2/306, df=78, P=0/315$

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار در حیطه‌های عاطفی و ارتباط اجتماعی در گروه کنترل و آزمون قبل و بعد از مداخله

حیطه کیفیت زندگی	گروه کنترل				گروه آزمون			
	قبل از مداخله		بعد از مداخله		قبل از مداخله		بعد از مداخله	
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
حیطه عاطفی	۱۰/۲۸±۴/۵۵۲	۸/۸۵±۳/۹۷۱	۱۱±۴/۵۶۹	۱۶/۷۵±۳/۵۷۲				
حیطه ارتباط اجتماعی	۱۱/۹۰	۳/۶۹۲	۱۱/۴۵	۳/۶۷۲	۱۳/۶۵	۳/۰۶۸	۱۷/۹۸	۲/۹۲۲
نتایج آزمون (Paired t test)	$P<0/001$				$P<0/001$			

بحث:

پژوهش شامل دو بخش نتایج حاصل از بررسی مشخصات دموگرافیک واحدهای مورد مطالعه و نتایج حاصل براساس اهداف پژوهش می‌باشد.

در این مطالعه تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر ابعاد سلامت عاطفی و ارتباط اجتماعی کیفیت زندگی زنان نابارور مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های این

تحقیقات مختلف نشان داده است که برخی ویژگی‌های دموگرافیک زنان نابارور مانند سن، تحصیلات، تحصیلات همسر، وضعیت اقتصادی، طول مدت ناباروری، سابقه ناباروری در خانواده و سابقه شکست در درمان قبلی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان نابارور تأثیر دارد (۲۰، ۱۹). در مطالعه موسوی و همکاران، تحصیلات بالاتر، طول ناباروری کمتر، وضعیت اقتصادی بهتر و نداشتن سابقه شکست در درمان ناباروری با حمایت اجتماعی بالاتر، رضایت بیشتر از زندگی و بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان نابارور ارتباط داشته است (۲۰)؛ بنابراین هدف از بررسی مشخصات دموگرافیک در این مطالعه، آگاهی و اطمینان از یکسان بودن دو گروه آزمون و کنترل بوده است.

نتایج حاصل از مقایسه امتیاز کسب شده در حیطه‌های عاطفی و ارتباط اجتماعی قبل از مداخله نشان می‌دهد که دو گروه از این نظر اختلاف آماری معنی‌داری ندارند و همگن می‌باشند.

در بحث حاضر به دلیل عدم وجود پژوهش‌های کاملاً مشابه با پژوهش حاضر، پژوهشگر هیچ پیشینه کاملاً مشابهی در این رابطه نیافت و نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش‌های مربوط به ابعاد کیفیت زندگی و مطالعاتی که تأثیر مراقبت پیگیر را بر سایر گروه‌های بیمار بررسی کرده‌اند نیز، مقایسه می‌گردد.

در گروه کنترل بعد از مداخله کاهش آماری معنی‌داری در امتیاز حیطه‌های عاطفی و ارتباط اجتماعی مشاهده شد که ممکن است به دلیل افزایش بیش‌ازپیش استرس در طول مراحل درمانی و عدم دریافت آموزش‌های منسجم و برنامه‌ریزی شده باشد.

در مطالعه Chan Celia و همکاران که بر روی اضطراب زنان نابارور تحت درمان در دو گروه شاهد و مداخله انجام شد، مداخله مراقبتی پیگیر در کاهش اضطراب زنان نابارور تأثیر داشت (۲۱).

Anderheim و همکاران یک پژوهش مداخله‌ای با عنوان "اجرای مدل مواجهه بیشتر با ماما" در کشور سوئد انجام دادند که آموزش در قالب مدل

توسط ماما برای زنان ناباروری که تحت اولین سیکل IVF قرار داشتند، در ۳ مقطع زمانی اولین مراجعه به کلینیک، در زمان شروع تحریک تخمک‌گذاری و بلافاصله پس از انتقال جنین، در جلسات خصوصی ۶۰-۳۰ دقیقه‌ای ارائه شد. نتایج به‌دست آمده از این پژوهش نشان داد که پس از انجام مداخله تفاوت آماری معنی‌داری در بهبود استرس و اضطراب زنان بین دو گروه ایجاد شده است ($P < 0/05$) (۲۲). در مطالعه رستمی و همکاران، اجرای برنامه آموزشی مبتنی بر مدل خودمراقبتی بر استرس و اضطراب بیماران تحت همودیالیز، تأثیر مثبت معنی‌داری داشته است که در این مطالعه با ارائه آموزش‌های منسجم و برنامه‌ریزی شده به مددجویانی که دارای بیماری مزمن و نیازمند پیگیری هستند، حیطه‌های مورد نظر کیفیت زندگی از جمله حیطه عاطفی بهبود یافته است (۲۳).

در مطالعه رحیمی و همکاران تحت عنوان "بررسی تأثیر مدل مراقبت پیگیر بر استرس، اضطراب و افسردگی بیماران همودیالیزی" به کارگیری این مدل تأثیر مثبت معنی‌داری بر اجزای حیطه عاطفی کیفیت زندگی این بیماران داشته است که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۲۴).

در مطالعه رحیمیان بوگر و همکاران مشخص شد که هر چه وضعیت اجتماعی زنان نابارور مطلوب‌تر باشد، ابعاد مختلف کیفیت زندگی آنان از جمله ابعاد عاطفی و ارتباط اجتماعی نیز بهتر و مطلوب‌تر است، زیرا وضعیت اجتماعی مطلوب با فراهم‌سازی امکانات درمان ناباروری و تقویت حمایت اجتماعی در ابعاد مالی سبب ارتقاء کیفیت زندگی مرتبط با ناباروری می‌گردد؛ همچنین وضعیت اجتماعی مطلوب به واسطه کاهش استرس‌های روانی- اجتماعی و نگرانی‌های مالی و رفع موانع اجتماعی- ساختاری درمان ناباروری، به بهبود کیفیت زندگی زنان نابارور در حیطه‌های عاطفی و اجتماعی منجر می‌شود؛ بنابراین از نظر محققان این مطالعه انجام مداخلاتی که بتواند ارتباط اجتماعی در زنان نابارور را بهبود بخشد، با کاهش استرس و تقویت حمایت

اجتماعی بر کیفیت زندگی زنان نابارور موثر خواهد بود (۱۹)؛ همچنین در مطالعه Sami و Saeed نشان داده شده است که افزایش اطلاعات زنان نابارور در مورد علل و درمان‌های ناباروری و روش‌های کاهش استرس می‌تواند اثرات مثبت در وضعیت آن‌ها داشته باشد. به اعتقاد Sami و Saeed احتیاج مبرمی به وجود آموزش و مشاوره بهداشتی در برنامه درمانی ناباروری وجود دارد (۲۵). همسو با این نتایج، مطالعه Malik و Neil در انگلستان نشان داد، گروه‌های حمایتی از طریق همدردی و افزایش اطلاعات زنان نابارور، تأثیر مثبتی در بهبود روابط این افراد با اطرافیان، کاهش استرس و داشتن نگرش مثبت نسبت به گروه‌های حمایتی و بهبود ارتباط اجتماعی داشته است (۲۶). برخلاف مطالعات فوق، Schmidt و همکاران مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر برنامه مراقبتی مدیریت استرس و ارتباطات را بر روی ۳۷ زوج نابارور انجام دادند و زنان گروه آزمون تنها در بعد زناشویی نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری در نمرات نشان دادند، ولی در ابعاد عاطفی و اجتماعی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P < 0.05$) (۲۷). شاید عدم تأثیر این مداخله، به محتوای آموزشی ارائه شده و حجم اندک نمونه مربوط باشد. نتایج مطالعه خانکه و همکاران نیز با نتایج مطالعه حاضر همسو نبوده و اجرای مدل مراقبت پیگیر بر ابعاد عاطفی و ارتباط اجتماعی گروه هدف تأثیر مثبتی نداشته است و فقط موجب بهبود ارتباط بین فردی افراد گردیده است که علل احتمالی آن تفاوت در ماهیت بیماری‌های مورد ارزیابی و مدت دوره پیگیری می‌باشد (۲۸). به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر درخصوص اجرای مدل مراقبت پیگیر، تأییدکننده چندین مطالعه انجام شده در این زمینه است. نتایج مطالعه صادقی‌شرمه و همکاران که تأثیر مدل مراقبت پیگیر را بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مورد بررسی قرار داده است، نشان داد که پس از به‌کارگیری این مدل، میانگین امتیاز کیفیت زندگی اختصاصی واحدهای مورد مطالعه ازجمله در ابعاد عاطفی و اجتماعی تفاوت معنی‌داری با قبل

دارد ($P < 0.05$) (۲۹). قوامی و همکاران که تأثیر اجرای مدل مراقبت پیگیر را بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی مانند حیطه‌های عاطفی و اجتماعی بیماران دیابتی بررسی کردند، به نتایج مثبتی در این زمینه دست یافتند (۳۰)؛ همچنین نتایج مطالعه کشاورز و همکاران حاکی از تأثیر مثبت مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی زنان پس از زایمان در حیطه‌های عاطفی و ارتباط اجتماعی می‌باشد (۳۱). سالاری و همکاران نیز تأثیر مدل مراقبت پیگیر را بر کیفیت زندگی بیماران شیمیایی بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که به‌کارگیری این مدل در بیماران مزمن و نیازمند مراقبت مستمر، در بهبود ابعاد مختلف کیفیت زندگی آنان ازجمله بعد عاطفی و ارتباط اجتماعی موثر می‌باشد (۳۲).

از محدودیت‌های پژوهش این بود که روش جمع‌آوری داده‌ها خودگزارش‌دهی بوده و احتمال اینکه حالات روحی فرد در پاسخ‌دهی به سوالات تأثیرگذار باشد، از کنترل پژوهشگر خارج بوده است؛ همچنین احتمال کسب اطلاعات در زمان انجام پژوهش از هر منبع دیگری غیر از آموزش محقق، می‌توانست بر نتایج پژوهش تأثیر بگذارد که خارج از کنترل پژوهشگر بود. به همین دلیل جهت کاهش این محدودیت‌ها یک گروه کنترل در-نظر گرفته شد.

نتیجه‌گیری:

این مطالعه نشان داد اجرای مدل مراقبت پیگیر می‌تواند حیطه‌های عاطفی و ارتباط اجتماعی کیفیت زندگی زنان نابارور را بهبود بخشد. پیشنهاد می‌شود این مدل به‌عنوان یک مدل مراقبتی آسان، کم‌هزینه و در دسترس در جهت تأثیر بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی سایر افراد و همچنین برای زوجین نابارور نیز به‌اجرا درآید.

کاربرد یافته‌های پژوهش در بالین:

باتوجه به شیوع بالای ناباروری و آسیب‌پذیری زنان نابارور از نظر عاطفی و اجتماعی، لازم است

پرسنل بهداشتی و درمانی با آموزش و مراقبت پیگیر در جهت ارتقاء سلامت آنان اقدام و یا در صورت لزوم به منابع مقتضی ارجاع نمایند.

تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد آموزش مامایی با عنوان "بررسی تأثیر آموزش

مبتنی بر مدل مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی زنان نابارور" می باشد. پژوهشگران بر خود لازم می دانند تا کمال تشکر را از دانشگاه علوم پزشکی تهران به جهت تأمین اعتبار این تحقیق و نیز کارکنان و مشارکت کنندگان محترم مراکز درمان ناباروری ولیعصر و آرش به جهت همکاری صادقانه و بی دریغ در اجرای این مطالعه، اعلام نمایند.

منابع:

1. Hasanzadeh Leafshagerd M, Tarkhan M, Taghizadeh ME. Effectiveness of stress inoculation training on perceived stress in pregnant women with infertility. *Holistic Nursing And Midwifery*. 2013; 23(2): 27-34. [Persian]
2. Emil N, Berek JS. Berek and Novak's gynecology. Translated to persian by: Ghazi Jahani B, Zonuzi A, Bahrami N. Tehran: Golbang Pub; 2012: 1090-5.
3. Zare E, Bahrami N, Soleimani M. Comparison of self-esteem in fertile and infertile women. *Iran Journal of Nursing*. 2014; 27(90and91): 14-21. [Persian]
4. Simbar M, Hashemi S, Alavi Majd H. Evaluate the relationship between anxiety infertile women with assisted reproductive technology success. *Journal of Reproduction and Infertility*. 2009; 10(4): 279-85. [Persian]
5. Hassanin I, Abd-El-Raheem T, Shahin A. Primary infertility and health-related quality of life in upper Egypt. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010; 110(2): 118-21.
6. Joneidy E, Noorani Saadodin S, Mokhber N, Shakeri M. Compare the quality of life in fertile and infertile women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2009; 15(7): 24-31. [Persian]
7. Jamilian M, Rafiei M, Jamilian H, Esmkhani A. The comparison of general health between fertile and infertile women of Arak city. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2012; 14(6): 27-35. [Persian]
8. Hashemi F, Alipoor A, Feili A. The Effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on happiness among infertile women. *Armaghane Danesh*. 2013; 18(9): 678-86. [Persian]
9. Khamseh M, Monavari A, Malek M, Shftee G, Baradaran H. Health-related quality of life in patient with type 1 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011; 13(3): 249-55. [Persian]
10. Nilforooshan P, Latifi M, Abedi R, Ahmadi A. Quality of life and its different domains in fertile and infertile women. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2008; 4(1): 66-70. [Persian]
11. Vercellini P, Edgardo S, Annalisa Abbiati P, Daguati R, Crosignani P. Endometriosis: current and future medical therapies. *Best practice and research clinical obstetrics and gynaecology*. 2008; 22(2): 275-306.
12. Seyam S, Hidarnia A, Tavafian S. Self-care education through coping style for patients after heart surgery: A clinical trial study. *Medical Journal of Isfahan Medical School*. 2011; 135(29): 433-44. [Persian]
13. Jafari F, Hashemi N, Reisi M. The effect of diet training on variations in blood pressure, weight and some biochemical factors in hemodialysis patients: A clinical trial. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014; 3(4):13-9. [Persian]
14. Saei A, Mazhari M, Tayyebi A, Ebadi A. The effect of continuous care model on dialysis adequacy in hemodialysis patients of selected Iranian army hospitals. *Journal of Medicine Law*. 2012; 1(2): 105-12. [Persian]

15. Hojat M, Karimyar Jahromi M, Karimi Z. Effect of continuous care model on sleep quality and dialysis adequacy of hemodialysis patients: A clinical trial study. *Medical-Surgical Nursing Journal*. 2015; 4(1): 31-8. [Persian]
16. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction* (Oxford, England). 2011; 26(8): 2084-91.
17. Keramat A, Masoumi SZ, Mousavi SA, Poorolajal J, Shobeiri F, Hazavehie SMM. Quality of life and its related factors in infertile couples. *Journal of Research in Health Sciences*. 2014; 14(1): 57-64. [Persian]
18. Salari MM, Mahdizadeh S, Ebadi A, Aslani J, Naderi Z. Effect of applying continuous care model on quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans. *Kowsar Medical Journal* 2010; 14(2): 101-7. [Persian]
19. Rahimian Boogar I, Jarareh J. The predictive role of self-efficacy, optimism and demographical characteristics in infertility-related quality of life. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2015; 13(4): 268-76. [Persian]
20. Mousavi SA, Masoumi SZ, Keramat A, Poorolajal J, Shobeiri F. Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: A systematic review. *Journal of Reproductive and Infertility*. 2013; 14(3): 110-9. [Persian]
21. Chan Celia HY, Ernest HY Ng, Cecilia LW Chan, Timothy HY Chan. Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: A randomized controlled study. *Fertility and Sterility*. 2006; 85(2): 339-46.
22. Anderheim L, Holter H, Bergh C, Möller A. Extended encounters with midwives at the first IVF cycle: A controlled trial. *Reproductive Biomedicine Online*. 2007; 14(3): 279-87.
23. Rostami F, RamezaniBadr F, Amini K, Pezeshki A. The effect of self-care education program based on Orem's model on hemodialysis patients' stress. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*. 2015; 5(1): 13-22. [Persian]
24. Rahimi A, Ahmadi F, Gholyaf M. Effects of applying continuous care model on quality of life in hemodialysis patients. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2006; 13(52): 123-34. [Persian]
25. Sami N, Saeed Ali T. Perceptions and experiences of women in Karachi, Pakistan regarding secondary infertility: Results from a community-based qualitative study. *Obstetrics and Gynecology International*; 2012.
26. Malik Sumaira H, Neil S. Computer-mediated infertility support groups: An exploratory study of online experiences. *Patient Education and Counseling*. 2008; 73(1): 105-13.
27. Schimdt L, Tiornhoi-Thomsen T, Boivin J, NyboeAndersen A. Evaluation of communication and stress management training program for infertile couples. *Patient Counselling and Health Education*. 2005; 59(3): 252-62.
28. Khankeh HR, Anjomani V, Ahmadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahghozar M, Ranjbar M. Evaluating the effect of continuous care on quality of life in discharged schizophrenic patients from Sina educational and medical center, Hamedan. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2009; 4(15): 60-70. [Persian]
29. Sadeghi Sherme M, Razmjooei N, Ebadi A, Najafi Mehri S, Asadi-Lari M, Bozorgzad P. Effect of applying continuous care model on quality of life of patients after coronary artery bypass graft. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2009; 2(1): 1-6. [Persian]
30. Ghavami H, Entezami H, Memarian R. The effect of continuous care model on quality of life for diabetic Patients. *Urmia Medical Journal*. 2005; 16(1): 9-15. [Persian]
31. Keshavarz M, Asghari M. The effect of education based on continuous care model on quality of life and quality of sleep for women after childbirth [Thesis]. *Tehran University of Medical Sciences*; 2015.
32. Salari MM, Mehdizadeh S, Ebadi A, Aslani J, Nadrei Z. The effect of applying continuous care model on quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans. *Kowsar Medical Journal*. 2010; 14(2): 101-7. [Persian]

Effect of continuous care model on emotional health and social connection aspects of quality of life of infertile women

Fadaee M¹, Rahimi Kian F^{2*}, Damghanian M¹, Shahrokhnejad Tehrani E³, Mehran A¹

¹Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran, ²Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran; ³Valie- Asr Hospital Reproductive Health Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran.

Received: 27/Oct/2015

Accepted: 28/Feb/2016

Background and aim: Infertility and its treatment affect as a crisis on various aspect of quality of life in women that is the most important aspects of quality of life of emotional issues and social connection. The aim of this study was to determine the effect of continuous care model on emotional health and social connection in infertile women.

Methods: In this semi-experimental study, 80 infertile women referred to infertility centers affiliated with Tehran University of Medical Sciences during 2015 were entered into study by simple (convenient) sampling method. The data were collected by demographic characteristics questionnaire and fertility quality of life questionnaire (FertiQol). 2-3 training session was held for implementation of continuous care model. Quality of life in infertile women was evaluated during two stages: before intervention and 2 months after intervention in evaluation stage. Data were analyzed using SPSS by the Independent t-test, Paired t-test, Chi-square and Exact fisher test and $p < 0.05$ was considered significant.

Results: in the case and control groups, mean of quality of life in emotional health after the intervention was 16.75 ± 3.572 and 8.85 ± 3.971 and in social connection was 17.98 ± 2.922 and 11.45 ± 3.672 , respectively. A significant difference between intervention and control group was observed ($P = 0.002$). In the control group, a significant decrease in scores on emotional and social areas after the end of the intervention was observed ($P < 0.001$).

Conclusion: Implementation of continuous care model improves emotional health and social connection in infertile women. It is recommended that continuous care model to be used as a easy, affordable and available care model.

Keywords: Continuous care model, Aspects of quality of life, Emotional health, Social connection, Infertility.

Cite this article as: Fadaee M, Rahimi Kian F, Damghanian M, Shahrokhnejad Tehrani E, Mehran A. Effect of continuous care model on emotional health and social connection aspects of quality of life of infertile women. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2016; 5(2): 52-63.

*Corresponding author:

Nursing and Midwifery Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran. Tel: 00989196096710, E-mail: rahimikian@tums.ac.ir